

LES CAUSES
du Rétrécissement de l'Urètre
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 22 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL-LOUIS BLONDEAU

Né à Auxonne (Côte-d'Or), le 12 Novembre 1893



BOURG

IMPRIMERIE NOUVELLE, VICTOR BERTHOD

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 330

LES CAUSES
du Rétrécissement de l'Urètre
CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL-LOUIS BLONDEAU

Né à Auxonne (Côte-d'Or), le 12 Novembre 1893



BOURG

IMPRIMERIE NOUVELLE, VICTOR BERTHOD

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ Doyen.
J. LEPINE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LEPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	MOURQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène	X...
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	Etienne MARTIN.
	COURMONT (P.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrége
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X....	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile	X....	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR.	THEVENOT (Léon).	FROMENT.	des fonctions
NEVEU-LEMAIRE.	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT, id.
LAROYENNE.	CADE.	PIERY.	FAVRE id.
VORON.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	ROUBIER, id.
BRETIN.			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. POLLOSSON, Président ;
M. ROCHET, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et LERICHE Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

en témoignage d'éternelle reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Au moment de terminer nos études médicales, il est un devoir dont nous venons nous acquitter avec grand cœur ; c'est d'assurer tous nos maîtres des hôpitaux de la sincère reconnaissance dont nous sommes pénétrés à leur égard.

Notre reconnaissance va tout d'abord à M. le Professeur Auguste Pollosson qui inspira notre thèse et dirigea notre travail avec une très grande bienveillance.

Nous remercions M. le Professeur Rochet de l'amabilité avec laquelle il nous donna le texte d'une remarquable observation.

Nous prions M. le Docteur Rafin, à qui nous devons la presque totalité des observations inédites de cette thèse, d'accepter l'hommage de notre gratitude.

A M. le Docteur Pellanda nous adressons aussi tous nos remerciements. C'est à la fois à sa science et à son amabilité que nous devons d'avoir mené à bien ce travail.

Historique

Affection rare au point d'être restée méconnue jusqu'au XIX^e siècle le rétrécissement de l'urètre chez la femme est aujourd'hui admis par tous.

La preuve de son existence est solidement établie sur plus d'une centaine d'observations.

N'envisageant dans cette étude que le rétrécissement proprement dit (par modification de la structure de la paroi de l'urètre) nous ne tiendrons pas pour rétrécissement vrai le cas décrit par Barthelemy Cabrol en 1550 et que Fissieaux mentionne dans les Annales de Gynécologie de 1879 ; il s'agissait d'une malformation congénitale cause d'une obstruction complète avec perméabilité de l'ouraque et fistule ombilicale.

Lisfranc fut le premier auteur qui écrivit un travail sur le sujet qui nous occupe. En 1824 dans sa thèse d'agrégation portant sur les rétrécissements de l'urètre, il a indiqué que cette affection n'était pas spéciale à l'homme, mais pouvait aussi se rencontrer chez la femme,

En 1834, Larcher publie un mémoire sur le rétrécissement fibreux de l'urètre chez la femme abstraction faite du spasme du prolapsus, du polype et de la compression par une tumeur voisine.

En 1858 Henry dans sa thèse parle d'un rétrécissement cicatriciel après cautérisation d'un polype de l'urètre.

En 1875 Hermann (1) publie 5 cas dont 3 sont attribués à la blénorrhagie.

En 1877 Blum, dans les Archives de médecine étudie les affections de l'urètre chez la femme et mentionne l'excessive rareté des rétrécissements qui sont, dit il, congénitaux, spasmodiques ou traumatiques.

Hermann (2) en 1889 émet cet idée originale qu'il pourrait exister un rétrécissement dû uniquement aux progrès de l'âge et reconnaîtrait les mêmes causes que l'hypertrophie de la prostate chez l'homme ; il ne s'agirait que de sclérose sénile pure ; aucune observation d'Hermann ne laisse conclure à une pareille origine, d'autre part il est facile d'objecter que le tissu cellulaire périurétral ne ressemble pas à la prostate.

En 1896 dans la première édition du Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, Albarran mentionne un cas de rétrécissement tuberculeux de l'urètre chez la femme.

En 1897 Pâteau obtient le prix Civiale pour un travail considérable sur le rétrécissement de l'urètre chez la

(1) Newmann (Trad. de Lutaud). *Archives générales de Médecine*, 1876.

(2) Hermann : *Transact of the obstetrical Society of London*, T. XXIX.

femme travail où il reprend toutes les observations déjà parues sur ce sujet ; il en réunit plus de 120.

Enfin dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires de 1901, Mrs. Imbert et Soubeyran étudient plus spécialement l'étiologie de l'affection et arrivent presque à nier le rétrécissement blénorrhagique chez la femme.

Considérations générales

Quand, après de longues recherches dans des livres poudreux, on assemble des documents sur la question du rétrécissement de l'urètre chez la femme, il apparaît que la plupart des auteurs se sont bornés à décrire l'affection, quelquefois avec minutie, mais sans chercher à l'interpréter.

Les renseignements précis abondent sur le nombre, le siège, l'étendue et le degré du rétrécissement, mais la cause possible est rarement discutée. C'est que celle-ci, dans nombre de cas, semble sauter aux yeux : y a-t-il eu traumatisme antérieur, accouchements difficiles, application de forceps ? Nous tenons la cause du rétrécissement. Si l'interrogatoire n'apprend rien de semblable, vous trouverez toujours dans le passé quelques pertes blanches suspectes : le gonocoque rétrécit l'urètre de l'homme, donc il doit rétrécir l'urètre de la femme. Aussi, les anciens auteurs ne pensaient pas devoir chercher une cause au rétrécissement, dès l'instant que l'observation mentionnait " gonorrhée ancienne ".

Aujourd'hui, nous savons, au contraire, que la cause de cette affection mérite d'être recherchée et que l'on ne

saurait conclure de l'homme à la femme sans aller contre l'Anatomie et l'Embryologie.

Et puis, le seul bon sens du clinicien refuse d'admettre l'existence d'une affection aussi fantaisiste survenant à n'importe quel âge, à titre d'exception rarissime dans une maladie qui court les rues.

L'étude anatomique de l'urètre mettra en lumière cette phrase de MM. Imbert et Soubeyran : « Ce qui doit surprendre dans le rétrécissement blénorrhagique de la femme, ce n'est pas sa rareté, c'est son existence même. »

Cette thèse devra toute son originalité :

1° A l'étude du rétrécissement tuberculeux de l'urètre féminin. (Cette variété de rétrécissement n'a été étudiée que chez l'homme) ;

2° A l'étude d'une pathogénie du rétrécissement qui peut-être a été soupçonnée par bien des auteurs, mais qui jusqu'ici ne fut jamais affirmée : c'est de l'onanisme intra-urétral que nous voulons parler. Nous possédons la preuve d'un rétrécissement de cette nature par l'aveu d'une malade et nous tâcherons de démontrer au cours de notre étude étiologique la fréquence de ce rétrécissement. Etant donnée sa cause d'un ordre spécial, la valeur d'un seul cas avoué est considérable : c'est la quasi certitude que la plupart des rétrécissements expliqués relèvent de l'onanisme. On trouvera plus loin trois observations typiques dont une inédite de ces rétrécissements bizarres survenant dans des conditions d'âge,

de temps et de santé qui ne sont le propre d'aucune affection connue.

Nous irons même plus loin et nous douterons que les causes les plus habituellement reconnues du rétrécissement féminin puissent à elles seules créer cette affection. En effet, nous nous demandons pourquoi sera suivi de sténose urétrale un accouchement laborieux parmi des centaines d'accouchements laborieux, pourquoi la cystite tuberculeuse ne s'accompagnera qu'à titre tout à fait exceptionnel de rétrécissement tuberculeux de l'urètre. Nous pensons que l'onanisme intra-urétral, pratique relativement fréquente ainsi qu'en témoignent les « corps étrangers » trouvés dans les vessies féminines, est la cause quelquefois suffisante du rétrécissement et qu'il en est tout au moins la cause prédisposante lorsqu'un traumatisme ou une maladie infectieuse apparaissent comme cause immédiate.

Embryologie et Anatomie

Il nous paraît indispensable de rappeler brièvement ici les modifications embryologiques dans les deux sexes de la région urétrale et son anatomie chez la femme adulte. Cette étude nous conduira tout naturellement à l'Étiologie de l'affection, objet de ce travail.

Chez l'embryon du premier mois, embryon de 6 millimètres, la vessie n'est point séparée de l'intestin ; il n'existe qu'une cavité unique, le cloaque, se continuant par son extrémité supérieure et en avant avec le canal allantoïdien, en haut avec l'intestin.

La cloison mésodermique interposée entre le canal allantoïdien et l'intestin a reçu le nom de repli périnéal (Kœlliker) ou d'éperon périnéal.

Ce repli, au début, limité à la partie supérieure du cloaque s'abaisse de plus en plus et divise progressivement la cavité du cloaque en deux cavités secondaires, l'une antérieure qui se continue en haut et en avant avec le canal allantoïdien, l'autre postérieure qui prolonge inférieurement l'intestin. Tourneux appelle *conduit uro-génital* (sinus uro-génital de Müller) la partie intérieure de cette cavité antérieure du cloaque ainsi séparé et

conduit urétro-vésical la partie supérieure de cette même cavité antérieure.

Aux dépens du conduit uro-génital se forment chez le fœtus femelle le vestibule ou canal vestibulaire de Tourneux, chez le fœtus mâle, la portion prostatique située au-dessous de l'abouchement des conduits génitaux et la portion membraneuse de l'urètre.

Le conduit urétro-vésical donne naissance chez la femme à la vessie et à l'urètre tout entier et chez l'homme à la vessie et à la portion de l'urètre prostatique comprise entre la vessie et les conduits génitaux.

Le revêtement endodermique du sinus uro-génital fournit chez l'homme l'épithélium des portions prostatique, membraneuse et bulbaire du canal de l'urètre et par une série d'involutions donne naissance aux différentes glandes qui viennent s'y déverser (glandes prostatiques, bulbo-urétrales, urétrales). Chez la femme, ce même revêtement devient l'épithélium de l'urètre (avec ses glandes) et du vestibule (avec les glandes vulvo-vaginales). Dans les deux sexes, ce revêtement est d'abord pavimenteux stratifié, puis prismatique stratifié.

L'urètre de la femme, beaucoup plus court que celui de l'homme, représente seulement les portions prostatique et membraneuse de ce dernier. Il se distingue encore de l'urètre masculin au point de vue morphologique, en ce qu'il n'est en communication qu'avec un seul réservoir, le réservoir de l'urine : il est donc exclusivement urinaire ou lieu d'être uro-génital.

La longueur moyenne du canal de l'urètre chez la femme est de 38 millimètres, d'après Testut ; son calibre

est de 7 à 8 millimètres, mais ce calibre n'est pas uniforme ; rétréci à son extrémité inférieure, l'urètre s'élargit ensuite jusqu'au niveau du col vésical où il se rétrécit de nouveau. Le canal dans son ensemble n'est donc pas exactement cylindrique, mais fusiforme. Ce canal est très dilatable, on y introduit assez facilement des sondes de 10 à 12 millimètres de diamètre ; il peut même, après dilatation progressive, permettre l'introduction du petit doigt. Dans la pratique, Guyon estime qu'on ne doit pas pousser la dilatation au delà de 13 millimètres, mais Simon de Heidelberg va jusqu'à 20 millimètres. La direction de l'urètre n'est pas rectiligne, du col de la vessie à la vulve, il suit un trajet oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; il décrit donc une légère courbe à concavité antéro-supérieure.

Nous serons bref sur la conformation extérieure de l'urètre féminin ; il nous offre à considérer un corps et deux extrémités représentées chacune par un orifice : l'orifice supérieur est le col de la vessie, l'orifice inférieur est le méat. Le corps de l'urètre traversant comme chez l'homme l'aponévrose périnéale moyenne est divisé de ce fait en portion intra-pelvienne et portion extra-pelvienne ; celle-ci est très courte chez la femme. La portion intra-pelvienne est relativement libre dans son quart supérieur n'étant reliée au vagin que par une couche de tissu cellulaire lâche, mais dans le reste de son étendue elle fait corps avec la paroi antérieure du vagin : la paroi de l'urètre et la paroi du vagin constituent entre les deux conduits une cloison épaisse de 10 millimètres, la cloison uréthro-vaginale. L'orifice supérieur ou col situé à deux centimètres de la symphyse pubienne est arrondi

ou irrégulièrement étoilé. L'orifice inférieur ou méat s'ouvre à deux centimètres en arrière du clitoris, en avant du tubercule vaginal (terminaison de la colonne antérieure du vagin). Le méat représente à la fois la partie la plus étroite et la moins dilatable du canal de l'urètre.

La paroi de l'urètre de la femme mesure 3 à 4 millimètres d'épaisseur ; elle se compose de deux tuniques concentriques, une muqueuse interne, une musculieuse externe. Il n'y a pas chez la femme comme chez l'homme de tunique vasculaire distincte.

La muqueuse se compose d'un chorion relativement épais présentant dans ses parties profondes un riche réseau veineux, mais nullement assimilable au corps spongieux de l'homme. L'épithélium est formé de deux ou trois rangées de cellules polyédriques que surmonte une rangée unique de cellules prismatiques ou pyramidales. Les glandes sont des glandes en grappe peu nombreuses et assez mal différenciées ; leur ensemble représente, à l'état rudimentaire, la prostate de l'homme.

La musculieuse est constituée par des fibres lisses longitudinales situées en dehors de la muqueuse et des fibres circulaires externes. Celles-ci sont très développées aux deux extrémités du canal formant le sphincter de la vessie et le sphincter lisse de l'urètre. A cet appareil musculaire lisse viennent se joindre, comme chez l'homme, des fibres musculaires striées constituant le sphincter strié de l'urètre ; celui-ci est une dépendance des muscles du périnée de la femme.

Etiologie

L'étude anatomique qui précède fait prévoir les difficultés que nous rencontrerons pour expliquer le rétrécissement d'un urètre pareillement constitué.

Nous allons examiner successivement et sans idée préconçue les diverses étiologies possibles de cette affection. Nous commencerons par la maladie qui, très longtemps, sembla la seule cause de rétrécissement inflammatoire, la blénorrhagie.

Guyon écrivait « Les rétrécissements de l'urètre sont toujours blénorrhagiques, traumatiques ou cicatriciels. Quand un malade ne vous accuse aucune de ces trois causes génératrices, soyez parfaitement certain qu'il n'y a pas de rétrécissement, ou s'il y en a, admettez sans hésitation qu'il vous a trompé ».

Guyon parlait du rétrécissement chez l'homme et son affirmation, reconnue aujourd'hui trop catégorique (il existe en effet des rétrécissements *tuberculeux* de l'urètre) est encore exacte dans l'immense majorité des cas masculins.

Par analogie, il semble tout naturel que la blénorrhagie rétrécisse l'urètre de la femme. A l'objection que le

rétrécissement est rare chez la femme et la gonorrhée tout aussi fréquente que chez l'homme, on est bien tenté de répondre que l'urètre de la femme est plus court, plus large, moins tortueux que l'urètre masculin et par conséquent plus difficilement rétrécissable, que d'autre part le conduit génital de la femme étant isolé du conduit urinaire, ce dernier a moins de chances d'être infecté. Ces raisons paraissent excellentes ; mais alors l'évolution du rétrécissement de l'urètre de la femme doit se faire suivant les mêmes règles que l'évolution du rétrécissement chez l'homme : nous voulons une blénnorrhagie antérieure certaine et nous la voulons précédant la sténose d'une bonne dizaine d'années au moins. Or, le rétrécissement inflammatoire chez la femme n'obéit à aucune règle, apparaît quelquefois chez de très jeunes femmes ou chez des jeunes filles vierges n'ayant jamais présenté d'écoulement et vivant dans un milieu où l'hygiène observée permet d'exclure une infection gonococcienne accidentelle du nombre des causes possibles de la maladie.

Et d'autre part, la leuorrhée est-elle toujours gonococcique ? Une cystite actuelle permet-elle d'affirmer une blénnorrhagie antérieure ? Et quand bien même celle-ci serait certaine, est-elle la cause du rétrécissement ?

Qu'est-ce donc que le rétrécissement blénnorrhagique ? Voici la définition très précise qu'en donnent Noël Hallé et Wassermann : « C'est une sclérose, une néoformation conjonctive qui passe successivement par les deux stades d'infiltration embryonnaire, de production de cellules fusiformes pour aboutir enfin à la formation de tissu fibreux adulte. Au tissu normal, aréolaire élastique, ex-

tensible, vasculaire qui forme l'enveloppe spongieuse de l'urètre, se substitue graduellement un tissu pathologique compact inextensible, avasculaire, évoluant vers la rétraction, l'atrophie, l'oblitération. Rares, limitées, partielles dans l'urétrite chronique, les lésions scléreuses du corps spongieux sont constantes, étendues, profondes, totales dans le rétrécissement. »

Telle est la description du rétrécissement blénnorrhagique chez l'homme ; son existence est conditionnée par l'existence du tissu spongieux ; « la lésion fondamentale de la sténose urétrale blénnorrhagique est une altération du tissu spongieux et sa sclérose primitive » disent MM. Imbert et Soubeyran.

Or, l'urètre féminin ne présente pas de formation aréolaire et largement vascularisée qui puisse être comparée au corps spongieux de l'urètre masculin ; on ne peut raisonnablement lui assimiler la couche profonde du chorion muqueux qui, nous l'avons vu dans l'étude anatomique, renferme un riche réseau veineux : il ne s'agit là que de la vascularisation relativement riche d'une muqueuse et non pas d'une tunique vasculaire distincte formant un manchon épais de 10 à 12 millimètres autour de l'urètre. Jamais la sclérose du seul réseau veineux d'une muqueuse n'arrivera à oblitérer un canal qui d'ailleurs est plus large que celui de l'homme.

Et puis, nous avons chez l'homme l'équivalent de l'urètre féminin, la portion non spongieuse, l'urètre postérieur membraneux ; lui aussi ne possède que deux tuniques, musculuse et muqueuse, et le chorion de celle-ci présente comme chez la femme un réseau veineux que Testut qualifie de « tissu caverneux rudimen-

taire ». Or, malgré l'étroitesse de l'urètre membraneux (8 millimètres, 6 en moyenne) et bien que la susceptibilité à l'égard de l'agent infectieux soit la même pour toutes les portions de l'urètre (l'urétrite postérieure est fréquente) le rétrécissement n'atteint que l'urètre antérieure. « Le gonocoque n'a pas plus d'action sur l'urètre féminin que sur l'urètre prostatomembraneux dans le sens du rétrécissement », concluent MM. Imbert et Soubeyran.

Ces deux auteurs sont très affirmatifs sur ce point. Hunter et Voillemier ne le sont pas moins et Guyon partage leur opinion au nom de l'anatomie pathologique « le rétrécissement de l'urètre n'est pas un rétrécissement de la portion membraneuse. »

Cependant Bazy et Decloux (1) admettent l'existence du rétrécissement blennorrhagique de l'urètre postérieur et l'on comprend l'importance de l'affirmation de ces auteurs dans la question qui nous occupe, car si le gonocoque peut créer un rétrécissement de l'urètre membraneux de l'homme, force est d'admettre qu'il peut aussi rétrécir l'urètre de la femme.

L'affirmation de Bazy et Decloux repose sur deux observations : 1° en 1894, à l'hôpital de Bicêtre, Bazy fut appelé à faire l'urétrotomie *in extremis* sur un vieillard atteint d'infection urinaire ; 2° en 1903, à l'hôpital Beaujon, la même opération fut faite dans les mêmes circonstances par le même auteur. L'autopsie, chez les deux sujets, montra un rétrécissement de l'urètre postérieur et

(1) *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1903.

l'examen histologique fait par Brault et Decloux révéla une épidermisation complète de la muqueuse urétrale et un chorion épaissi et infiltré.

On peut se demander : 1° jusqu'à quel point un malade dont l'arbre urinaire est infecté au point de déterminer la mort, n'a pas le droit d'avoir une muqueuse urétrale considérablement épaissie ; 2° si les deux auteurs sont bien certains que leurs sujets (qui n'ont pu être interrogés après constatation de la lésion) n'ont pas été victimes quelques années avant d'un traumatisme intéressant la région urétrale.

En effet, bien avant Bazy et Decloux, Noël Hallé et Wassermann, en 1894, dans un travail intitulé “ Urétrite chronique et Rétrécissement ”, ont fait l'étude anatomopathologique de toutes les portions de l'urètre dans sept cas de rétrécissement : dans les quatre premiers cas l'urètre membraneux non épaissi présente une dilatation causée par la sténose située en aval ; dans le cas n° 5, son épithélium est épaissi, mais les antécédents révèlent un traumatisme antérieur (coït avec urétrorrhagie) ; dans le cas n° 6, l'épithélium présente une infiltration de cellules embryonnaires, mais l'individu avait reçu un coup de pied dans la région urétrale ; dans le cas n° 7, nous avons une infiltration de cellules embryonnaires du veru montanum sur les bords duquel se trouvent des excroissances de tissu embryonnaire, la muqueuse est épaisse et présente des couches profondes cylindriques recouvertes de plusieurs couches de cellules plates ; mais il y avait eu rupture de l'urètre par une chute sur une palissade, de plus, le sujet était atteint de *tuberculose pulmonaire*. Les expériences de Max Schuller n'ont-elles

pas démontré l'importance du traumatisme dans la localisation du bacille de Koch ? Les organes génito-urinaires sont-ils réfractaires à la tuberculose ? La tuberculose ne crée-t-elle jamais de lésions hypertrophiques ?

Que reste-t'il alors de l'action possible du gonocoque dans le rétrécissement de l'urètre membraneux de l'homme ou de l'urètre de la femme ? Certain rétrécissement féminin que Pasteau tient pour gonococcique n'est pas tenu pour tel par Hallé : il s'agit d'un moulage du Musée Necker ; Hallé affirme qu'il ne voit qu'une muqueuse saine ayant présenté des polypes qui, après section, ont laissé deux brides cicatricielles.

En résumé, nous n'avons aucun renseignement sur l'histologie du rétrécissement blénorrhagique de la femme et c'est à la seule clinique de faire un diagnostic : pour affirmer qu'une sténose est blénorrhagique, il faut : 1° la certitude d'une blénorrhagie antérieure (ne pas se contenter d'une simple leucorrhée) ; 2° qu'il n'y ait pas eu de traumatisme obstétrical, chirurgical ou accidentel auquel on puisse rattacher la sclérose et ces deux exigences suffisent à éliminer la prétendue origine blénorrhagique de la plupart des rétrécissements relatés par tous les auteurs.

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons lu toutes les observations ayant trait au rétrécissement de l'urètre de la femme ; nous indiquerons plus loin les plus typiques. Dans aucun cas, il ne nous a paru qu'on pût rattacher avec certitude le rétrécissement à l'infection gonococcienne.

Quelles sont donc les causes du rétrécissement urétral de la femme, autre que le rétrécissement congénital dû à

un arrêt ou à un vice de développement, c'est-à-dire du rétrécissement acquis ?

Nous en distinguons de quatre sortes : 1° les agents physiques et chimiques ; 2° le traumatisme ; 3° l'inflammation chronique ; 4° les infections spécifiques.

1° Dans la première classe nous plaçons les rétrécissements dus au traitement par un agent physique ou chimique (thermocautère, solution caustique de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc) d'un polype de l'urètre ou d'une ulcération de quelque nature qu'elle soit. Le prétendu rétrécissement blénorrhagique de l'urètre n'est dû souvent qu'au traitement de l'urétrite et non à l'agent infectieux.

2° Dans la deuxième classe trouvent place les rétrécissements consécutifs à un traumatisme, celui-ci rarement accidentel ou chirurgical, le plus souvent obstétrical.

Nous avons vu au chapitre Anatomie l'intime voisinage de l'urètre et du vagin ; encore ne peut-on employer ce mot de voisinage que dans le quart supérieur de l'urètre, un certain espace rempli de tissu cellulaire lâche le séparant du vagin, mais dans les trois quarts inférieurs l'urètre est pour ainsi dire coulé dans la paroi antérieure du vagin ; on ne peut décrire entre les deux conduits urinaire et génital qu'une cloison mixte, la cloison uretro-vaginale.

On conçoit facilement qu'une tête arrêtée dans sa progression ne comprimera pas impunément pendant des heures la paroi vaginale antérieure et l'urètre contre le pubis, que le forceps au cours d'une rotation difficile

aura de grandes chances d'écraser ou de tirailler ce même urètre. Il se produira des déchirures, de la gangrène, du sphacèle et la lésion se réparera en laissant un rétrécissement cicatriciel.

3^e Par inflammation chronique de l'urètre nous entendons la réaction hypertrophique de la muqueuse à une irritation fréquente. Une muqueuse urétrale irritée dix à vingt fois par jour par des urines infectées, par des graviers d'acide urique, finira par s'épidermiser et multiplier ses assises cellulaires.

Nous devons mentionner aussi une irritation d'un autre genre et qui doit être assez fréquente ; nous ne serons pas accusés d'exagération si nous disons qu'il n'est pas exceptionnel dans les services de voies urinaires de trouver chez les femmes des " corps étrangers " de la vessie dont les plus fréquents sont des tiges métalliques, des crayons, des crochets à tricoter, des épingles à cheveu,

Quelques-uns de ces corps surprennent par leur étrangeté : on a trouvé des graines de haricot, des boucles d'oreilles, des lanières de crin.

On est bien en droit de penser que ces objets étaient destinés à aller moins loin et que cet accident " opératoire " n'est pas toujours survenu lors du premier essai, à moins d'une extraordinaire malchance. Donc, il y a eu irritation fréquente et assez brutale par des objets peu appropriés et sales le plus souvent. Il y a eu onanisme intra-urétral.

Que la muqueuse fragile de l'urètre réagisse en s'épaississant, il n'y a là rien que de très naturel. J'entends bien

que ce rétrécissement doit aller rarement jusqu'à l'obstruction, car s'il en était autrement, les cas constatés de rétrécissement de l'urètre seraient plus fréquents, au moins aussi fréquents que les cas de " corps étrangers " vésicaux et même beaucoup plus si l'on admet que les objets introduits dans l'urètre n'ont pas tous une fin aussi misérable. Et puis, tant que la femme tolérera le corps étranger vésical et pourra uriner, elle se gardera bien d'en parler à personne.

On trouvera plus loin une curieuse observation de cette variété de rétrécissement.

4° Le rétrécissement d'origine infectieuse a fait l'objet de presque toute l'étude étiologique qui précède : nous n'avons parlé que de l'infection gonococcienne, la seule qui, d'après Guyon et la plupart des auteurs, soit capable de rétrécir un urètre.

Cependant nous avons dit dans notre historique qu'Albarran, en 1896, avait signalé un cas de rétrécissement tuberculeux de l'urètre chez la femme ; d'autre part, Hartmann eut l'occasion d'opérer une femme, âgée de 27 ans, qui présentait une tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urètre.

On trouvera plus loin deux observations de rétrécissement de l'urètre chez deux femmes tuberculeuses ; ces observations que nous devons à l'extrême obligeance de M. le Docteur Rafin, nous paraissent absolument probantes : on ne peut raisonnablement, dans ces deux cas, ne pas attribuer l'affection à la tuberculose ; on ne trouve aucune autre cause possible et les lésions tuberculeuses de l'appareil urinaire ont été si certaines qu'il est bien

naturel que l'urètre, lui aussi, ait été atteint par le bacille de Koch.

Aucune observation de rétrécissement tuberculeux chez la femme n'ayant été publiée depuis les cas d'Albarran et d'Hartmann, nous pensons intéressant de nous étendre quelque peu sur l'origine tuberculeuse de la sténose urétrale chez la femme.

Cette notion de la localisation de la tuberculose sur l'urètre est relativement récente. C'est à MM. Delore et Chalier (1) que revient le mérite d'avoir vulgarisé l'idée que pas plus que les autres organes de l'appareil génito-urinaire, l'urètre n'échappe aux atteintes de la tuberculose. Le travail de ces auteurs n'a traité qu'à des rétrécissements chez l'homme, mais la tuberculose urinaire étant identique chez l'homme et chez la femme, il n'y a aucune raison pour que l'urètre féminin ne soit pas atteint de la même manière que l'urètre masculin. Pour la blénorrhagie, c'était différent et nous avons longuement étudié pourquoi.

« La tuberculose peut porter sur les parois mêmes du canal et donner naissance soit à des urétrites, soit à des rétrécissements, mais elle peut aussi se localiser primitivement ou secondairement sur les organes situés au voisinage immédiat de l'urètre et constituer la péri-urétrite tuberculeuse. Le plus souvent secondaire à la tuberculose urinaire (rénale ou vésicale), l'infection peut se faire par les urines qui charrient le bacille de Koch, mais en gé-

(1) Delore et Chalier : *Gazette des Hôpitaux*, 1908 (*Urétrites tuberculeuses et rétrécissements tuberculeux de l'urètre*).

néral il s'agit d'une infection de voisinage, d'une infection propagée. La tuberculose urétrale n'est alors que le prolongement pour ainsi dire des lésions tuberculeuses du bas fond vésical ».

MM. Chaliér et Delore ne donnent pas d'observations concernant des femmes ; c'est que certainement cette tuberculose urétrale est beaucoup plus fréquente chez l'homme pour la raison suivante : l'urètre de l'homme étant le conduit commun de l'appareil urinaire et de l'appareil génital, pourra être infecté non seulement par une tuberculose vésicale, mais par une tuberculose prostatique ou épидидymo-testiculaire.

Les auteurs lyonnais pensent qu'assez souvent la blénorrhagie survenant chez un tuberculeux urinaire ou génital est une condition favorable au développement des lésions tuberculeuses de l'urètre chez l'homme, mais qu'elle n'est pas une condition *sine qua non*. Nous n'avons aucune raison de refuser à la blénorrhagie le même rôle occasionnel dans la tuberculose urétrale chez la femme ; l'urètre malade offre peu de résistance au bacille de Koch et nous savons que celui-ci va se fixer électivement sur les points faibles et traumatisés de notre organisme.

La tuberculose urétrale est donc admise : d'assez nombreux cas ont été signalés chez l'homme par Poncet et Delore, Bérard et Trillat ; chez la femme, les deux cas d'Albarran et d'Hartmann.

Tous ces auteurs admettent que la tuberculose peut rétrécir l'urètre, à plus forte raison ne croient pas à une incompatibilité de la tuberculose avec le rétrécissement (Ammon exigeait pour faire le diagnostic de tuberculose des voies urinaires l'absence de rétrécissement urétral).

Au point de vue anatomo-pathologique, la tuberculose urétrale évolue sous trois modes qui, tous trois, peuvent rétrécir l'urètre. Nous avons la forme scléreuse (qui n'est que la cicatrisation d'une ulcération tuberculeuse), la forme nodulaire (représentée par des tubercules plus ou moins gros enclavés dans la paroi), enfin la forme hypertrophique et sténosante (constituant le rétrécissement proprement dit, c'est la forme qu'Albarran et Hartmann constatèrent chez leurs malades).

Il est évident qu'un petit nombre seulement de ces rétrécissements sont constatés : la femme qui en est atteinte l'ignore tant qu'il n'y a pas obstruction ou gêne notable de la miction ; le plus souvent, c'est à l'occasion d'une tuberculose rénale ou vésicale que le rétrécissement est découvert, le chirurgien veut faire une cystoscopie ou séparer les urines et il est tout surpris de ne pouvoir passer ni le cystoscope, ni même une sonde d'un calibre quelquefois très fin.

Nous avons passé en revue toutes les causes possibles de rétrécissement de l'urètre chez la femme. Et bien, cette affection est si décevante que dans nombre de cas (les observations qui suivent le prouveront) on ne lui reconnaît aucune de ces causes. Le médecin est alors bien tenté de l'attribuer à l'irritation d'un ordre spécial dont nous avons parlé plus haut, mais on comprend que cette étiologie ne sera que bien rarement confirmée par la malade.

Observations

Avant de faire l'exposé des observations inédites que nous devons à l'obligeance de nos maîtres, nous allons simplement signaler les plus typiques des observations anciennes lues au cours de nos recherches bibliographiques.

Ayant mis quelque insistance à démontrer que la blénorrhagie ne provoque pas la sténose de l'urètre chez la femme, nous nous faisons un devoir de ne point passer sous silence les cas où cette maladie a paru causer le rétrécissement.

— DEMARQUAY et BOUCHER (*Gaz. des Hôpitaux*, 7 février 1865) observent une femme dont l'urètre présente 2 rétrécissements épais et durs... « probablement à la suite de gonorrhée », écrivent ces auteurs.

On accuse sans doute quelques vagues pertes blanches.

— PIACHAUD (*Gaz. des Hôpitaux*, 1867) observe un cas de rétrécissement chez une femme atteinte de blénorrhagie.

Mais cette femme est syphilitique et a eu deux accouchements antérieurs,

— NEWMANN (*American jour. of med.*, 1875) observe un cas de rétrécissement et d'urétrite concomitante.

Il y a eu un accouchement antérieur.

Un deuxième cas avec urétrite.

Il y a eu 7 fausses couches antérieures et il convient de remarquer que, chez l'homme tout au moins, le rétrécissement n'est habituellement pas contemporain de l'urétrite.

Un troisième cas avec urétrite.

Mais deux ans avant la gonorrhée fut traitée par du nitrate d'argent.

Un quatrième cas où il s'agit d'une prostituée.

Une gonorrhée ancienne est très vraisemblable chez une prostituée, mais celle-ci présente des syphilides qui, probablement, ont été touchées par des caustiques.

— DESPRÉS (*Gaz. des Hôpitaux*, 1881) observe un cas de rétrécissement chez une femme qui, un an avant, a présenté des pertes blanches.

Le rétrécissement blénorrhagique apparaît plus d'un an après l'infection. Cette malade ayant en outre un chancre phagédénique, il s'agit plus vraisemblablement d'un rétrécissement cicatriciel ou dû à l'application d'un caustique.

— HERMANN (*Obst. transact.*, 1886) observe un cas de rétrécissement chez une femme atteinte d'urétrite.

Cette femme a eu 7 accouchements et 2 fausses couches. Elle présente en outre un rein mobile, une bride cicatricielle horizontale dans le vagin ; enfin Hermann découvre une excroissance dans l'urètre, il procède à

l'ablation de ce polype au thermocautère, la malade est guérie.

— LAURENCE (*Transact of the obst. Society of London*, 1886) observe un cas de rétrécissement chez une femme atteinte d'urétrite.

Mais cette femme est âgée de 18 ans.

— BRIDGES (*New-York medical Record*, 1892) observe un cas de rétrécissement chez une femme gonorrhéique.

Cette femme a eu plusieurs accouchements.

— KLEINWACHTER (*Vienne. Méd. Presse*, 1895) observe un cas de rétrécissement accompagné de vulvite et vaginite blénorrhagique.

Mais cette femme est âgée de 18 ans.

— JANET (in Pasteau, *Annales des Mal. gén.-urinaires*, 1897) observe un cas de rétrécissement chez une femme de 30 ans atteinte d'urétrite.

Mais ce rétrécissement est reconnu congénital ; il s'agissait d'une simple coïncidence de la blénorrhagie et du rétrécissement.

Les observations qui suivent ont trait à des rétrécissements de l'urètre chez des femmes qui n'ont pas ou disent n'avoir eu jamais de blénorrhagie.

Voici d'abord 7 cas typiques de rétrécissement traumatique obstétrical :

— THOMSON (*Traité pratique des maladies des voies*

urinaires, trad. française, 1874), rétrécissement urétral causé par un accouchement avec application de forceps.

— ALBARRAN (in Pasteau, *Annales des mal. des org. gén. ur.*, 1897), rétrécissement causé par un accouchement très laborieux ; l'enfant est laissé dans l'excavation pelvienne pendant 18 heures ; 6 mois après, fistule recto-vaginale et rétrécissement urétral senti avec la boule n° 18.

— KLEINWACHTER (*Vienne, Med. Presse*, 1895), rétrécissement 7 semaines après un accouchement laborieux.

— HERMANN (*Trans. of the obst. Soc. of London*, 1887), rétrécissement chez une femme qui a eu antérieurement 13 accouchements et 7 fausses couches.

— TRÉLAT (*Semaine médicale*, 1883), rétrécissement 4 mois après un accouchement pénible.

— DUBOUÉ (*Bulletin de Chirurgie*, 1869), rétrécissement chez une femme qui a eu 4 accouchements dont un très long avec application de forceps.

— CURLING (in Pasteau, *Annales des Mal. gén.-ur.*, 1897), rétrécissement chez une femme qui a eu 2 accouchements antérieurs dont un avec fort traumatisme 7 ans avant.

Nous avons recueilli 3 cas de rétrécissement dû au traitement d'un polype par le thermocautère ou des caustiques.

— CAUDMONT (in Pasteau, *Annales des Mal. gén.-ur.*, 1897), rétrécissement après incision et cautérisation d'un polype.

— PICARD (*Journ. médical de Paris*, 1885), rétrécissement après ablation de polypes au thermocautère et cautérisation au nitrate d'argent.

— REBOUL (in Pasteau, *Annales des Mal. gén.-ur.*, 1897), rétrécissement 6 mois après excision de polypes au galvanocautère.

Nous pouvons citer deux cas de rétrécissement par cicatrisation de lésions ulcéreuses :

— FERGUSSON (*Lancet.*, 1862, 17 mai), rétrécissement chez une femme qui présente une large ulcération de l'urètre.

— BÉRARD (*Gazette des Hôpitaux*, 1846), rétrécissement chez une femme qui a eu un chancre de la région urétrale 10 ans auparavant.

Voici un cas dû à une inflammation propagée à l'urètre :

— ROUTH (*Trans. of the obst. Society of London*, 1887), rétrécissement par inflammation de la cloison vésico-utéro-vaginale et de la cloison urétro-vaginale à la suite d'une paramétrite.

Voici un cas de rétrécissement dont la nature tuberculeuse fut sans doute méconnue :

— GOLDSCHMIDT (*Beit z Geb und Gyn.*, Berlin, 1894), rétrécissement datant de 6 ans, tumeurs lupéuses autour du méat.

Le cas suivant est dû à un traumatisme accidentel :

— BOHNE (*Berlin Centr. Zeitung*, 1868), rétrécissement urétral 2 ans après une chute sur les parties génitales.

Enfin, voici deux cas où les lésions sont reconnues, mais leur nature inexplicée :

— CIVIALE (*Traité des Maladies des org.gén.-ur.*, p. 683), rétrécissement par brides saillantes à la face postérieure du canal.

— W. BAGOT (*Med. News*, 1895), rétrécissement coexistant avec une kératose de la vulve.

A tous les cas de rétrécissement qui précèdent, on reconnaît une cause qui, si elle est discutable, est au moins admissible.

Nous avons écrit dans le chapitre Etiologie que certains rétrécissements étaient, de l'avis des maîtres les plus expérimentés, absolument inexplicables. Notre observation n° 1, que nous devons à M. le Professeur Pollosson, en est un bel exemple. Pour donner une idée bien nette de ces rétrécissements mystérieux et pour convaincre de leur fréquence relative, nous allons faire précéder l'observation de notre maître et les suivantes qui sont inédites, par deux autres que nous empruntons à Legueu et à Boucher,

Observation de Leguen (1)

Il s'agit d'une femme de 30 ans qui entre à l'Hôpital Saint-Louis, le 15 octobre 1896. Les premiers troubles urinaires remontent à 1885 (la malade avait 19 ans) et consistaient en des mictions pénibles qui nécessitaient de violents efforts.

En 1888, un beau jour, il y eut rétention complète ; elle fut alors sondée assez facilement par un médecin ; elle urina ensuite spontanément jusqu'en 1896, quand (3 jours avant l'entrée à Saint-Louis) survint une rétention complète. « Depuis hier, la malade urine goutte à goutte et se décide à venir à l'hôpital ; il n'existe aucune trace d'infection générale ; la santé, malgré ces troubles locaux semble conservée ; à l'examen, la vulve et le méat sont intacts. Au toucher vaginal, on trouve sur la paroi antérieure du vagin et faisant corps avec elle, une tumeur de la grosseur d'une mandarine à limites nettes et bien circonscrite, elle est lisse, régulière et tendue, non douloureuse au toucher. L'utérus est en place et normal, la vessie est distendue par 200 ou 300 grammes d'urine. A l'explorateur à boule, l'urètre reste imperméable ; tous les numéros s'épuisent devant un obstacle qui existe à l'entrée de l'urètre, à quelques millimètres en arrière du méat. On peut, tout au plus, passer une bougie à demeure n° 8 ou 9.

(1) In Imbert et Soubeyran. *Annales des Maladies des organes genito-urinaires*, 1901.

« Je porte le diagnostic suivant : rétrécissement de l'urètre, urétrocèle et dilatation secondaire de l'urètre en arrière du rétrécissement, rétention incomplète, infection locale, pas de lésions rénales appréciables. La cause de ce rétrécissement est impossible à trouver : mariée, mère de deux enfants, cette malade n'accuse dans ses antécédents ni vaginite, ni urétrite, ni cystite ; de même pas de traumatisme, ni d'intervention locale. »

Observation de Boucher (1)

Eugénie O., 32 ans, présente des troubles urinaires depuis l'âge de 23 ans. Elle est alors sujette à une leucorrhée abondante symptomatique d'ulcérations du col de l'utérus. La blennorrhagie n'est pas reconnue. A la suite de grosses difficultés pour uriner, un médecin crut d'abord à un polype, mais au cours du cathétérisme constata un rétrécissement et fit de la dilatation. Pendant sept ans, cette femme ne présenta plus aucun trouble urinaire, mais la leucorrhée persista.

En avril 1864, les accidents reprennent avec une nouvelle intensité, la miction devient difficile, les envies d'uriner sont fréquentes et l'urine sort goutte à goutte. Par moments, la malade est dans l'impossibilité complète d'uriner et ce n'est, quelquefois, qu'après plusieurs heures qu'elle parvient à rendre une petite quantité d'urines. En même temps, elle éprouve une pesanteur et quelquefois des douleurs dans la région hypogastrique.

(1) Boucher. *Gazette des Hôpitaux*, 7 février 1865.

Un médecin, consulté alors, attribua ces accidents à une névralgie de l'urètre et traita surtout la leucorrhée et l'état général. La malade, du reste, paraît, en effet, nerveuse et facilement irritable.

Elle entre à la Maison municipale de Santé, le 26 décembre 1864; on pratique le cathétérisme avec une bougie à olive de très petit calibre et on reconnaît facilement l'existence de deux rétrécissements assez épais et durs siégeant l'un à la partie antérieure de l'urètre, l'autre au niveau du col de la vessie. Les urines sont rares, troubles et laissent déposer du muco-pus. Le rétrécissement est traité par dilatation progressive en même temps qu'on donne à la malade des tisanes rafraîchissantes qui amendent les symptômes vésicaux. Chaque jour, la malade garde la sonde de 5 à 6 heures. On augmente le calibre jusqu'aux n^{os} 16 et 18 de la filière Charière.

Voilà deux cas de rétrécissement vrai à étiologie inconnue.

Nous devons signaler qu'on ne doit pas porter le diagnostic de rétrécissement vrai après un seul cathétérisme. Bien que le rétrécissement spasmodique ne trouve pas de place dans cette étude, nous citons la courte et curieuse observation suivante de Guyon qui mettra en garde contre une erreur de diagnostic.

Il s'agit d'une femme de 52 ans dont les troubles urinaires remontent à l'enfance. Au moment de l'examen, il y a rétention complète : on peut sonder avec une bougie n^o 16 en forçant un peu ; la vessie vidée, on passe facilement un n^o 13. Une demi-heure après, Guyon veut sonder la malade et ne peut parvenir à passer une bougie

filiforme. Dans la même journée, à deux reprises, on peut de nouveau sonder la malade avec une sonde de Nélaton n° 13.

Il s'agissait ici d'un rétrécissement spasmodique simple, mais il n'y a pas d'impossibilité à ce que le spasme soit superposé à un rétrécissement vrai (nous n'avons pas trouvé d'observations de ce rétrécissement complexe).

Les Observations suivantes sont inédites.

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le Professeur Auguste Pollosson)

M. Pollosson a observé en 1919 une jeune femme de 33 ans qui présentait l'histoire et les symptômes suivants :

Les règles étaient apparues normalement à l'âge de 12 ans. Vers l'âge de 14 à 15 ans, la malade présenta pendant au moins une année des phénomènes d'incontinence d'urine pendant la nuit. Mariage à 18 ans, accouchement normal à 19 ans.

Cinq ans plus tard, la malade a eu une seconde grossesse pendant laquelle apparurent des phénomènes de cystalgie, des mictions fréquentes et des sensations de brûlure en urinant. Les urines étaient troubles. Un fausse couche survint au quatrième mois de la grossesse. Après cet événement, les phénomènes de cystite sont allés en diminuant et ont disparu après un délai de cinq ou six mois.

Dans l'année 1918 et 1919 sont apparues à nouveau des mictions douloureuses, fréquentes avec trouble des urines et l'on constata un bas fond purulent dans les urines recueillies. Ces phénomènes se sont compliqués à plusieurs reprises de crises extrêmement violentes qui se sont amendées spontanément, car la malade n'a jamais pu supporter des tentatives quelconques de cathétérisme urétral.

En avril 1919, cette malade vient consulter M. Pollosson dans une phase de douleur vésicale et de cystite ; les mictions sont fréquentes,

l'urine recueillie présente un dépôt purulent d'une abondance modérée avec une variation assez frappante de l'intensité de la cystite. La malade est dans un état général assez bon, ne tousse pas et ne présente aucun phénomène pulmonaire. A l'examen, par le toucher vaginal et la palpation abdominale, on constate que l'utérus est en rétroversion très prononcée ; d'autre part, en avant de l'utérus se trouve une tuméfaction kystique du volume d'une petite tête fœtale, à propos de laquelle on peut hésiter entre l'existence d'un kyste ovarien ou d'une vessie distendue.

Le 20 avril, on fait l'anesthésie générale ; le cathétérisme de l'urètre est très difficile et il faut employer des sondes coniques olivaires de petit calibre pour arriver à franchir le canal de l'urètre qui est très rétréci dans sa portion moyenne et dont le franchissement se fait avec quelques ressauts successifs. On poursuit alors la dilatation au moyen de bougies d'Hégar jusqu'au passage d'une bougie du calibre n° 10, c'est-à-dire de 10 millimètres de diamètre. A ce moment on constate que la vessie peut être évacuée d'une façon complète. Le kyste a disparu ; il était donc représenté par la vessie distendue. Toutefois, après l'évacuation complète de la vessie, on perçoit nettement par le toucher combiné au palper l'hypertrophie de la musculature vésicale, conséquence de la longue rétention.

M. Pollosson crut ne pas devoir se contenter de cette dilatation urétrale mais corriger la rétroversion utérine qui pouvait être incriminée comme cause de rétention.

Aussi, une opération de fixation utérine au moyen des ligaments ronds fut elle pratiquée d'après une méthode voisine de l'opération de Doléris (opération de Doléris modifiée par M. Pellanda et adaptée aux laparotomies par l'incision de Pfannenstiël).

Cette malade a eu par la suite une amélioration rapide et une guérison véritable. On dut faire quelques lavages vésicaux, mais en petit nombre et d'après les renseignements que nous possédons la guérison complète s'est maintenue.

Nous devons insister sur le fait que cette malade dont la santé générale n'était pas altérée, n'a jamais eu aucun signe de tuberculose d'aucun organe ; il est donc probable que ce n'est pas la tuberculose urétrale qui peut être admise. M. Pollosson considère comme plus probable qu'il s'agissait d'un cas d'irritation de l'urètre par masturbation intraurétrale. Cette hypothèse ne peut être nullement affirmée, mais elle expliquerait l'incontinence d'urine vers l'âge de

15 ans et l'inflammation survenue plus tard à des phases variées sans explications plausibles.

M. le Professeur Pollosson nous signale, d'après ses souvenirs et malheureusement sans observation précise et complète, le cas d'une malade qu'il a observée en 1886. Cette malade, mariée sans enfants, âgée de 50 ans, se plaignait de troubles urinaires résultant d'une rétention relative non accompagnée de cystite et produisant une évacuation incomplète de la vessie.

Cette malade, qui n'avait aucun symptôme d'affection utérine, présentait un rétrécissement du canal de l'urètre constatable par le passage de dilatateurs ; on pouvait passer une bougie métallique du diamètre de 5 ou 6 millimètres et le canal paraissait rétréci sur une profondeur de plusieurs centimètres dans la région moyenne de l'urètre.

M. Pollosson traita cette malade par la dilatation à l'aide de bougies métalliques. Après un délai d'un mois environ, la dilatation obtenue permit le retour d'une miction suffisante et d'une évacuation complète du réservoir urinaire.

D'après l'ensemble de ces souvenirs, M. Pollosson ne peut se prononcer sur la pathogénie probable d'un rétrécissement de l'urètre indiscutablement constaté.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. la Professeur Rochet)

Femme X âgée de 45 ans, envoyée au D^r Rochet pour consultation par un médecin ami de la famille parce que la malade souffre déjà depuis 2 ou 3 ans de cystite chronique avec pyurie.

Depuis quelques mois la situation s'est beaucoup aggravée ; la malade prend de la fièvre son état général a périclité et elle souffre du rein gauche.

On la met en observation ; les urines inoculées donnent un résultat négatif. La radiographie de la vessie et des reins est négative aussi.

M. Rochet décide alors une cystoscopie pour se rendre compte de l'état de la vessie et des reins mais comme la malade est très ner-

veuse et que les essais de sondage pour faire des lavages de vessie ont été impossibles en raison de la défense de la malade on fait l'anesthésie générale.

En faisant le cathétérisme de l'urètre M. Rochet se rend compte que la sonde ordinaire de femme ne passe pas et que pour entrer dans la vessie il faut se servir de petites sondes n° 10 ou 12 et encore, la sonde bute parfois dans un cul-de-sac qui paraît siéger un peu avant l'orifice uréthro-vésical et dont il faut la dégager pour entrer dans la vessie.

Séance tenante, M. Rochet fait sur un conducteur filiforme la dilatation extemporanée de l'urètre jusqu'au n° 22 ou 24 de façon à pouvoir passer le cystoscope. Celui-ci montre une vessie infectée un rein droit sain mais un rein gauche à uretère déjà malade et à urines purulentes.

On pense faire plus tard une néphrectomie quand on aura vérifié le fonctionnement du rein droit, si les accidents continuent à évoluer.

Mais la suite de l'histoire montra après une période de réaction fébrile assez marquée à la suite de la cystoscopie, que la situation s'améliorait progressivement sous l'influence de lavage vésicaux désinfectants qu'on faisait désormais régulièrement à la malade car le cathétérisme était devenu facile.

L'amélioration progressive se fit et au bout de 6 ou 8 mois les urines s'étaient tout à fait éclaircies, la fièvre avait disparu.

La malade, avant de s'en retourner chez elle, avait demandé à M. Rochet de s'assurer du bon état du canal et M. Rochet ayant constaté, depuis la dilatation, une certaine sclérose qui pouvait faire craindre le retour du rétrécissement et la présence encore d'une petite bride ante-cervicale, fit une électrolyse à la boule pour régulariser le canal.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de cinq ans, la malade paraît complètement guérie.

Pendant longtemps, M. Rochet ne put avoir aucun renseignement sur l'origine de ce rétrécissement bizarre ; mais un jour, la malade qui était toujours restée très évasive à ce sujet, lui avoua complètement la chose. Se croyant un peu délaissée, elle se livrait depuis plusieurs années à l'onanisme intra-urétral au moyen de tiges diverses dont les plus fréquemment employées étaient, soit un petit tube métallique de dimension d'une sonde n° 14, soit un petit crochet à broder. Elle s'était fait légèrement saigner à plusieurs reprises. Elle promit du reste de ne plus renouveler ces pratiques.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{lle}. . . , 18 ans, entre, le 15 octobre 1908, à l'Hôpital. Il y a un an, elle remarqua qu'elle éprouvait en urinant une sensation de brûlure et que ses urines formaient un dépôt. Les envies devenaient plus fréquentes et ces symptômes se sont accentués depuis.

Dans la première quinzaine de Pâques apparaissent des douleurs dans la région rénale gauche ; il y a ainsi trois à quatre crises en l'espace de trois semaines ; une de ces crises provoque une légère hématurie. La douleur persiste sous la forme d'un point de côté, elle s'irradie dans le ventre et la vessie et provoque de fréquentes envies d'uriner.

Etat actuel : La malade urine tous les quarts d'heure, la nuit, toutes les heures, le jour, et les urines sont fortement purulentes et albumineuses. Les reins et les uretères ne sont pas perceptibles, ni douloureux. On procède à un cathétérisme qui donne 55 grammes d'urine et à une cystoscopie qui montre deux orifices urétéraux béants, le gauche paraissant particulièrement malade. On fait une inoculation au cobaye : elle est positive.

5 Février 1909 : Cathétérisme de l'uretère droit ; on recueille de l'urine après 35 gr. et après 50 gr. d'écoulement. Deux cobayes sont inoculés ; le rein droit est sain :

3 Mars 1909 : Néphrectomie gauche par voie lombaire, le rein pèse 196 gr., il est atteint de dégénérescence graisseuse, sa surface extérieure est parsemée de granulations, trois cavernes dont deux du volume d'une noisette occupent le pôle supérieur.

7 Avril 1909 : L'état général est satisfaisant, mais les symptômes vésicaux sont plus accentués qu'avant l'intervention ; les mictions ont lieu toutes les demi-heures le jour et les urines sont nettement colorées en rouge.

20 Avril 1909 : L'état général s'améliore, mais la malade souffre un peu en urinant. Les mictions ont lieu six fois la nuit et toutes les heures le jour.

12 Mai 1909 : On essaie de passer une sonde de Nélaton n° 16, elle ne passe pas ; un explorateur à boule n° 16 franchit l'urètre

après un temps d'arrêt; il vient au méat une goutte de sang. Les urines sont troubles et purulentes.

La malade quitte l'hôpital, son état général s'améliore, elle se marie.

3 Juin 1914 : elle revient pour troubles de la miction. On passe assez facilement une sonde n° 11, mais une bougie n° 12 est arrêtée à l'entrée de l'urètre. L'état général est bon; l'inoculation au cobaye est négative, la malade retourne chez elle.

Le 16 avril 1919, la malade dont l'état général est parfait, revient à l'hôpital pour des troubles vésicaux; elle vient d'uriner et cependant un cathétérisme évacue 250 gr. d'urines louches. L'urètre admet une sonde de Nélaton n° 15 avec frottement. Une sonde est laissée à demeure qu'on retire après plusieurs jours; le résidu urinaire n'a pas changé. On replace la sonde et les symptômes s'amendent.

Le 14 mai, les urines sont presque limpides, ne contiennent pas d'albumine. La capacité vésicale est de 100 gr. Sous l'influence de la sonde à demeure, l'état général s'est très amélioré. La malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me}..., 47 ans, entre le 25 mars 1916 à l'hôpital,

Antécédents : 3 enfants bien portants, les accouchements ont été normaux. Pas d'affection pulmonaire, pas de température. La maladie a débuté, il y a un an, par des douleurs en urinant, les mictions deviennent fréquentes et quelquefois l'urine est sanglante. Il y a 6 mois, a été sondée une fois par le Dr X. Parfois la malade souffre un peu du rein gauche et la douleur s'irradie vers la vessie.

Etat actuel : La malade urine quelquefois toutes les heures la nuit, le jour, moins fréquemment; la miction est douloureuse, les urines sont troubles, contiennent du sang. Le 26 mars, les urines sont envoyées à l'Institut bactériologique; l'examen direct du culot de centrifugation montre des polynucléaires prédominants et des lymphocytes; pas de microbes apparents. Un cobaye est inoculé ce jour même (il sera sacrifié le 25 avril et son autopsie révélera une tuberculose généralisée). La capacité vésicale est de 280 gr.

Le 3 mai, on procède à un cathétérisme urétral et à l'examen cystoscopique : l'urine de l'uretère droit est jaune ambrée ; on y reconnaît quelques globules rouges et de rares globules du pus.

9 Janvier 1917 : L'état général faiblit ; la malade urine toutes les heures la nuit, un peu moins le jour ; la miction donne une sensation de brûlure. Les deux reins, le gauche surtout, sont douloureux. La malade se plaint d'être obligée de forcer pour uriner ; le cathétérisme montre que le n° 16 passe difficilement ; on peut passer une bougie n° 20.

15 Janvier 1917 : Les urines vésicales sont fortement purulentes, malgré un lavage prolongé ; le cathétérisme uretéral gauche donne des urines dont le culot de centrifugation contient des globules de pus en quantité modérée. Le cathétérisme uretéral droit est difficile (la sonde pénètre à peine) et donne des urines albumineuses dont le culot contient des globules blancs et des globules rouges peu nombreux.

Il y a donc des lésions certaines du rein gauche et possibles du rein droit. En raison de cette bilatéralité à craindre des lésions et du mauvais état général de la malade, on se borne à un traitement médical et l'on dilate l'urètre.

La malade est revue le 9 mars 1920 : l'état général semble excellent, par contre les troubles urinaires sont plus accentués ; déjà en 1918, elle a dû faire dilater son urètre par le D^r X. L'urine est un peu trouble, parfois sanglante. Une bougie n° 19 franchit l'urètre à frottements ; on peut passer la bougie n° 22. Le rein droit est perçu, le rein gauche ne l'est pas ; la palpation des régions uretérales montre à droite une induration diffuse, à gauche on sent un cordon qui doit être l'uretère.

Dans les deux cas qui précèdent, la tuberculose rénale et vésicale est certaine. Tout porte à croire qu'il y a eu extension à l'urètre du processus tuberculeux avec tendance évolutive fibreuse, puisque l'état général de ces deux malades est aujourd'hui excellent.

OBSERVATION V

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me} . . . , 56 ans, consulte le 28 mai 1918.

Antécédents : Deux enfants âgés aujourd'hui de 22 et 28 ans ; le dernier a été accouché aux fers. Typhoïde en 1901, iritis, ostéite du pied et du coude. Rarement pertes blanches.

Il y a 18 mois, la maladie a débuté par de la fréquence des mictions et des douleurs en urinant. Depuis cinq mois, il y a aggravation marquée ; l'urine est quelquefois sanglante ; la malade a été sondée les 4 et 10 mai par les D^{rs} X et Z.

Actuellement, la malade urine deux fois la nuit et six fois le jour ; l'urine est limpide, contient des traces d'albumine, le culot de centrifugation contient quelques rares globules blancs et globules rouges. La sonde n° 16 ne passe pas, la sonde n° 14 passe à frottement (la malade a toujours uriné lentement, surtout depuis son dernier accouchement). Le 30 mai, on passe une bougie à olive n° 23, le 1^{er} juin, une bougie n° 24. La malade sera traitée par la dilatation.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me} . . . , 49 ans, consulte le 16 novembre 1911.

Antécédents : Deux enfants bien portants dont l'un est mort d'accident à l'âge de 7 ans. Pas d'affection pulmonaire, pas de température. A été sondée, il y a 10 ans, parce qu'on croyait à un rétrécissement, puis en juillet 1907 pour rétention.

La malade souffre de la vessie depuis l'âge de 25 ans (mictions fréquentes et douloureuses). Depuis ce temps, elle a continué de souffrir en urinant. En juillet et août 1911, elle a uriné du sang, la première fois abondamment ; on la sonde après cette première hématurie.

Actuellement, la malade urine trois fois la nuit et cinq fois le

jour ; la marche ou la voiture n'influent pas sur le nombre des mictions qui, parfois, sont très douloureuses. Les urines sont troubles, un peu malodorantes et présentent un disque d'albumine. Tous les explorateurs à boule sont arrêtés à un centimètre en arrière du méat ; on essaie des bougies très fines ; il semble qu'elles pénètrent un peu plus profondément, mais elles n'arrivent pas dans la vessie. Le 20 novembre, on passe la bougie n° 6 difficilement. Le 21 novembre, on fait l'urétrotomie interne (trois incisions, une supérieure et deux latérales), on laisse une sonde à demeure n° 14. La sonde est retirée au bout de 48 heures ; la malade urine mieux, on peut passer une bougie n° 20.

Voilà un cas où l'on ne peut préciser la cause du rétrécissement : il n'y a dans les antécédents ni tuberculose ni traumatisme d'aucun ordre, ni gonorrhée et la malade a présenté ses premiers troubles urinaires à l'âge de 25 ans,

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me}... , 43 ans. 7 enfants vivants tous en bonne santé.

Antécédents : Jamais aucune maladie antérieure ; nie toute spécificité ; réglée à 14 ans ; règles toujours régulières jusqu'à l'affection actuelle. Rien au cœur, rien aux poumons.

L'affection actuelle remonte à sa dernière couche qui eut lieu, il y a trois ans. Le début a été marqué par de la dysurie, par l'augmentation de la fréquence des mictions, celles-ci s'accompagnant de douleurs surtout à la fin. Les urines sont troubles depuis cette époque et quelquefois les mictions se terminent par un écoulement de sang pur. Des troubles menstruels ont accompagné ces troubles vésicaux : depuis trois ans, reste huit à 9 mois chaque année sans menstrues, celles-ci reparaissant pendant trois à quatre mois pour disparaître ensuite.

Etat actuel : Les dernières règles remontent à plus d'une année. La malade urine cinq fois le jour, trois fois la nuit. La miction est cuisante au début, douloureuse à la fin. L'urine est rare et trouble et souvent une hématurie survient à la fin des mictions.

Une boule n° 11 passe difficilement et donne la sensation d'un rétrécissement net. La capacité vésicale est de 75 gr. Rien aux

annexes ; on sent un peu d'empâtement dans les culs-de-sac vaginaux antérieur et droit.

OBSERVATION VIII

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me} . . . , 55 ans, entre à l'Hôpital Saint-Joseph le 25 mai 1899.

Antécédents : Réglée à 12 ans, très régulièrement par la suite, ménopause à 40 ans, deux enfants en bonne santé ; grossesse et accouchements normaux. Pas de fausses couches. L'affection actuelle remonte à quatre ans ; elle a débuté par des envies fréquentes d'uriner, puis au bout de quelques jours il y eut incontinence d'urines ; la malade pendant quatre ans perdit ses urines. A noter, il y a 14 ans, un séjour de deux semaines à la Charité pour troubles urinaires et cystite : elle fut sondée trois fois ; à la sortie, elle allait bien et ne souffrait plus en urinant.

Etat actuel : La malade, très faible, est alitée depuis cinq mois ; elle perd ses urines continuellement. Le Docteur Rafin constate l'existence à un centimètre et demi du méat d'un rétrécissement très serré que ne peut franchir le conducteur le plus fin. En examinant avec soin on constate l'existence de deux petits pertuis uréthro-vaginaux perdus dans les replis du vagin et par lesquels suinte l'urine. Le D^r Rafin, à l'aide d'un stylet très fin, perfore volontairement le rétrécissement ci-dessus qui semble occuper une étendue restreinte. On fait la dilatation de ce canal avec des bougies d'Hégar ; on ne dépasse pas le n^o 8. Les urines sont troubles et peu abondantes ; la cystite est traitée par des lavages avec une solution de nitrate d'argent. Quand on laisse déposer les urines, il se forme au fond du verre un dépôt blanchâtre et le contenu du verre s'éclaircit. L'infection semble donc localisée à la vessie. Quelques lavages n'ont pas amélioré la cystite.

La malade est morte chez elle, le 20 juillet 1899, et cette mort est attribuable à la cachexie urinaire.

Le cas qui précède rentre dans la catégorie des rétrécissements par inflammation chronique. Ici, cette inflammation est causée par le contact fréquent d'une urine infectée. Dans le cas suivant, ce sont des graviers urinaires qui irritent la muqueuse urétrale.

OBSERVATION IX

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me} . . . , 55 ans, entre à l'Hôpital Saint-Joseph le 28 juillet 1907, pour lithiase urinaire. Rien d'anormal dans les antécédents, excellente santé habituelle.

L'affection actuelle a débuté, il y a six ans, par des hématuries et des troubles de la miction. Cependant, il y aurait quinze ans que la malade se serait aperçue de quelques phénomènes urinaires auxquels elle n'attachait pas d'importance : miction impossible au moment des besoins, douleurs vésicales au moment de la miction et cessant après. Il y a six ans, elle eut une première hématurie, puis élimina des graviers. Elle n'a jamais eu de colique néphrétique nette, mais a éprouvé des douleurs sourdes partant de la région rénale gauche.

A l'entrée, les urines de la malade sont troubles, de teinte légèrement hématique et fortement albumineuses. La sonde conique olivaire n° 12 passe et donne la sensation de rétrécissement. Le méat sera dilaté le 29 juillet pour le passage d'un cystoscope et du 15 au 28 août, on fera de la dilatation tous les deux jours associée à des lavages vésicaux avec une solution de nitrate d'argent. Les phénomènes vésicaux s'améliorent.

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le Docteur Rafin)

M^{me} . . . , 37 ans, entre à l'Hôpital Saint-Joseph en avril 1914.

Antécédents : Quatre enfants, le dernier avec des crises d'éclampsie ; il n'y a pas eu application de forceps. Bonne santé habituelle.

Etat actuel : Les urines sont troubles, les mictions fréquentes. A deux centimètres du méat les sondes sont arrêtées : on passe avec peine une sonde n° 7. Les reins et les uretères sont normaux ; une inoculation au cobaye est négative.

On traite la malade par de nombreuses séances de dilatation jusqu'au passage du n° 18. En même temps, l'urine s'améliore considérablement.

CONCLUSIONS

A. — Le rétrécissement de l'urètre chez la femme est une affection rare en fait, mais surtout rarement constatée : la femme qui en est atteinte l'ignore ou s'en inquiète peu, tant qu'il n'y a pas gêne notable de la miction. Enfin, certains rétrécissements étant dûs à une cause difficilement avouable, la malade se gardera d'en parler à personne tant qu'elle pourra uriner.

B. — Le rétrécissement de l'urètre reconnaît pour causes :

1° Les agents physiques et chimiques (thermocautère, solutions caustiques) employés dans le traitement des affections de l'urètre et de la vessie ;

2° Le traumatisme, obstétrical le plus souvent, quelquefois accidentel ou chirurgical ;

3° L'inflammation chronique, celle-ci due à l'action irritante d'une urine infectée ou à l'introduction répétée dans un but lubrique d'objets souvent malpropres dans le canal de l'urètre ;

4° L'infection par un microbe déterminé (Bacille de Koch ou gonocoque).

a) La tuberculose de l'urètre est toujours le prolongement de lésions tuberculeuses du bas fond vésical. Il ne semble pas qu'il existe une tuberculose primitive de l'urètre.

b) Quant à l'infection gonococcienne, nous concluons avec MM. Imbert et Soubeyran :

« 1° Les documents que nous possédons sur le rétrécissement blénorrhagique de l'urètre chez l'homme nous permettent de supposer qu'une lésion de ce genre ne peut se produire chez la femme.

« 2° L'ensemble des faits publiés appuie cette opinion ; on peut dire en effet qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'observation réellement démonstrative de rétrécissement blénorrhagique de l'urètre chez la femme. »

Le Président de la Thèse,
Aug. POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 22 Juin 1920.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAZY et DECLoux : *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1903, p. 241.
- BLUM : *Archives de Médecine*, t. II, p. 129 et 307, 1877.
- BOUCHER : *Gazette des Hôpitaux*, 7 février 1865.
- DELORE et CHALIER : *Tuberculose urétrale et périurétrale, Urétrites et Rétrécissements tuberculeux (Gazette des Hôpitaux*, 1908, p. 639-646).
- FISSIEAUX : *Thèse de Paris*, janvier 1879.
- FERGUSSON : *Lancet*, 1862, t. I, p. 515.
- HALLÉ et VASSERMANN : *Urétrite chronique et Rétrécissement (Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, avril et mai 1894).
- IMBERT et SOUBEYRAN : *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1901, p. 1408.
- LISFRANC : *Thèse d'agrégation*, Paris 1824.
- LARCHER : *Gazette médicale de Paris*, août 1834.
- NEWMANN : (Trad. de Lutaud) *Archives générales de Médecine*, 1876.
- PASTEAU : *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, août, septembre, octobre 1897.
-

